

Analiza stylów radzenia sobie ze stresem u chorych z ostrym zawałem serca

Aldona Kubica¹, Przemysław Magielski³, Aleksandra Jurek², Ewa Olejarczyk²,
Elżbieta Grzešek², Marek Koziński², Rajmund Wilczek³, Wacław Kochman²,
Iwona Świątkiewicz², Dorota Borowska², Grzegorz Grzešek²,
Władysław Sinkiewicz⁴ i Aleksander Araszkiewicz⁵

¹Katedra i Zakład Promocji Zdrowia *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra i Klinika Kardiologii i Chorób Wewnętrznych *Collegium Medicum*
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej MEDICUS w Bydgoszczy

⁴Katedra i Zakład Klinicznych Podstaw Fizjoterapii *Collegium Medicum*
im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

⁵Katedra i Klinika Psychiatrii *Collegium Medicum* im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy,
Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Streszczenie

Wstęp: Celem niniejszej pracy była analiza stylów radzenia sobie ze stresem w populacji chorych hospitalizowanych z powodu ostrego zawału serca.

Metody: Badaną grupę stanowiło 144 kolejnych pacjentów leczonych metodą pierwotnej angioplastyki wieńcowej z powodu ostrego zawału serca. Badanie przeprowadzono na podstawie kwestionariusza stylów radzenia sobie ze stresem.

Wyniki: W badanej populacji u nieco ponad 40% chorych w wieku poniżej 55 lat oraz u około 50% osób starszych nie stwierdzono jednego dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. Wśród pozostałych osób w grupie młodszej najczęściej występował styl skoncentrowany na zadaniu, a wśród starszych — na unikaniu. W obu grupach najrzadziej stwierdzano styl skoncentrowany na emocjach.

Wnioski: U większości chorych nie zaobserwowano jednego dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. Dominację stylu skoncentrowanego na zadaniu rokującą dobrą współpracę z pacjentem stwierdzono u około 30% młodszych osób i u około 10% starszych. Dominacja stylu skoncentrowanego na unikaniu związana z ryzykiem gorszej współpracy z pacjentem występuje u ponad 20% młodszych osób i u ponad 15% starszych. Przydatność badań stylów radzenia sobie ze stresem u osób z zawałem serca należy poddać weryfikacji. (Folia Cardiologica Excerpta 2009; 4, 1: 18–22)

Słowa kluczowe: stres, zawał serca

Tabela 1. Wyniki kwestionariusza CISS — statystyki opisowe dla wyników surowych

Skala	N	Średnia	–95%	+95%	Mediana	Min.	Maks.	SD
SSZ	144	57,97	56,44	59,49	59,0	27,0	76,0	9,33
SSE	144	41,2	39,64	42,76	41,5	21,0	66,0	9,56
SSU	144	45,9	44,48	47,32	48,0	24,0	66,0	8,67
ACZ	144	18,43	17,54	19,32	18,0	8,0	35,0	5,43
PKT	144	18,08	17,43	18,73	18,0	8,0	25,0	3,96

SD (standard deviation) — odchylenie standardowe; SSZ — styl skoncentrowany na zadaniu; SSE — styl skoncentrowany na emocjach; SSU — styl skoncentrowany na unikaniu; ACZ — angażowanie się w czynności zastępcze; PKT — poszukiwanie kontaktów towarzyskich

Wstęp

Pacjenci w różny sposób radzą sobie ze stresem towarzyszącym zawałowi serca, czego wyrazem są odmienne postawy wobec zupełnie nowej sytuacji zdrowotnej, która gwałtownie zmienia ich życie. Utrata zaufania do własnego organizmu oraz niepewność co do przyszłości powodują zachwianie podstaw dotychczasowego funkcjonowania w życiu rodzinnym i zawodowym [1, 2].

Celem niniejszej pracy była analiza stylów radzenia sobie ze stresem w populacji chorych hospitalizowanych z powodu ostrego zawału serca.

Metody

Badaną grupę stanowiło 144 kolejnych pacjentów leczonych metodą angioplastyki wieńcowej z powodu ostrego zawału serca w Klinice Kardiologii i Chorób Wewnętrznych Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu. Średni wiek badanych wynosił $57,3 \pm 7,1$ roku. W badanej grupie było 45 kobiet (średni wiek $58,9 \pm 6,2$ roku) i 99 mężczyzn (średni wiek $56,5 \pm 7,3$ roku).

Zastosowano następujące kryteria wyłączenia chorych z badania:

- brak świadomej pisemnej zgody pacjenta;
- wiek powyżej 70 lat;
- stwierdzone wcześniej zaburzenia psychiczne;
- inne uwarunkowania zdrowotne uniemożliwiające świadome i samodzielne wypełnianie ankiet.

W trzeciej dobie hospitalizacji przeprowadzono badanie na podstawie Kwestionariusza Radzenia Sobie w Sytuacjach Stresowych (CISS, *Coping Inventory of Stressful Situations*).

Autorami oryginalnej wersji kwestionariusza są Endler i Parker. Stosowana w niniejszej pracy polska wersja kwestionariusza CISS została przygotowana przez Szczepaniaka, Strelaua i Wrześniewskiego [3]. Zawiera ona 48 zadań, które opisują reakcje ludzi na trudne, przykre, stresujące sytuacje.

Zgodnie z zaleceniami autorów, na podstawie uzyskanego wyniku, kwalifikowano pacjentów do jednej z trzech grup charakteryzujących się odmiennymi stylami radzenia sobie w sytuacjach stresowych:

- styl skoncentrowany na zadaniu (SSZ);
- styl skoncentrowany na emocjach (SSE);
- styl skoncentrowany na unikaniu (SSU).

Styl skoncentrowany na unikaniu może przyjmować dwie formy, dla których wyodrębniono dwie podskale:

- podskala angażowanie się w czynności zastępcze (ACZ);
- podskala poszukiwanie kontaktów towarzyskich (PKT).

Surowe wyniki kwestionariusza CISS odnoszono do przyjętych norm w skali stenowej oraz porównywano wyniki uzyskane w poszczególnych skalach w celu określenia dominującego stylu radzenia sobie ze stresem [3].

Każdego badanego przypisywano do jednej z 5 grup:

- A — styl dominujący:
 - A1 — dominuje SSZ;
 - A2 — dominuje SSE;
 - A3 — dominuje SSU;
- B — dwa style dominujące;
- C — trzy style równoważne.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej z wykorzystaniem pakietu Statistica.

Wyniki

Zgodnie z zaleceniami Pracowni Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego podzielono badaną populację na 3 przedziały wiekowe: 16–24 lat ($n = 0$); 25–54 lat ($n = 48$); 55–79 lat ($n = 96$).

Surowe wyniki uzyskane poprzez sumowanie wag w poszczególnych skalach i podskalach przedstawiono w tabeli 1. Na podstawie porównania wyników (odniesionych do norm) w poszczególnych skalach określono dominujący styl radzenia sobie

Tabela 2. Częstość występowania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem (85-procentowy przedział ufności)

Grupa	SSZ/SSE	SSZ/SSU	SSE/SSU	Wiek (lata)	N	Częstość (%)
A1	R (SSZ > SSE)	R (SSZ > SSU)	NS	25–54	14	29,17
				55–79	10	10,42
A2	R (SSZ < SSE)	NS	R (SSE > SSU)	25–54	3	6,25
				55–79	3	3,13
A3	NS	R (SSZ < SSU)	R (SSE < SSU)	25–54	11	22,92
				55–79	16	16,67
B	Dwie grupy istotnie różniące się od trzeciej lub grupa różni się istotnie od tylko jednej podgrupy, a między kolejnymi grupami nie ma istotnej różnicy			25–54	17	35,42
				55–79	36	37,5
C	NS	NS	NS	25–54	3	6,26
				55–79	21	21,88

NS — brak istotnej różnicy; R — różnica istotna; SSZ — styl skoncentrowany na zadaniu; SSE — styl skoncentrowany na emocjach; SSU — styl skoncentrowany na unikaniu

Tabela 3. Porównanie struktury częstości występowania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem w grupie badanej i grupie wzorcowej (85-procentowy przedział ufności)

Grupa	Wiek (lata)	N populacji wzorcowej	Udział w populacji wzorcowej (%)	N populacji badanej	Udział w populacji badanej (%)	p
A1	25–54	151	22,5	48	29,17	NS
	55–79	173	17,3	96	10,42	0,0648
A2	25–54	151	20,5	48	6,25	0,0117
	55–79	173	11,0	96	3,13	0,0125
A3	25–54	151	11,3	48	22,92	0,0226
	55–79	173	11,6	96	16,67	NS
B	25–54	151	6,6	48	35,42	< 0,0001
	55–79	173	17,9	96	37,5	0,0002
C	25–54	151	39,1	48	6,26	NS
	55–79	173	42,2	96	21,88	0,0005

NS — brak istotnej różnicy

ze stresem dla każdego pacjenta. Wyniki tej analizy przedstawiono w tabeli 2. Postępując zgodnie z zasadami przyjętymi przez autorów polskiej wersji kwestionariusza CISS, porównano częstość występowania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem przy 85-procentowym przedziale ufności (CI, *confidence interval*). Minimalna istotna różnica wartości stenu przy takim CI wynosi 1 w grupie wiekowej 25–54 lat ($n = 48$) oraz 2 w grupie wiekowej 55–79 lat ($n = 96$). W badanej przez autorów populacji u nieco ponad 40% chorych w wieku poniżej 55 lat oraz u około 50% osób starszych nie stwierdzono jednego dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. Wśród pozostałych osób w grupie młodszej najczęściej występował SSZ, a wśród

starszych — SSU. W obu grupach najrzadziej stwierdzano SSE (tab. 2).

W analizie porównawczej struktury częstości występowania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem w grupie badanej i grupach normalizacyjnych prezentowanych w podręczniku załączonym do polskiej wersji kwestionariusza CISS wykazano wiele istotnych różnic między tymi populacjami (tab. 3).

Dyskusja

Radzenie sobie ze stresem jest wykładnikiem ciągłego wzajemnego oddziaływania między pacjentem a sytuacją, w jakiej się znalazł [4–7]. Na tworzoną

przez chorego subiektywną ocenę sytuacji wpływają zarówno zmiany stanu zdrowia (przebieg kliniczny choroby, występowanie ewentualnych powikłań), jak i zmiany następujące w jego świadomości pod wpływem kontaktu z personelem medycznym, pacjentami oraz rodziną [8]. Radzenie sobie ze stresem towarzyszącym chorobie jest wypadkową relacji między tymi zmiennymi, na które oddziałują dodatkowo cechy psychiki pacjenta, a także inne czynniki, takie jak: wiek, płeć chorego, jego sytuacja rodzinna i ekonomiczna, status zawodowy i społeczny [6–8].

W interakcyjnym modelu radzenia sobie ze stresem wyróżnia się trzy aspekty: strategie, style i proces. Strategie rozumiane jako konkretne sposoby zaradcze, poznawcze i behawioralne odgrywają kluczową rolę. Są one wynikiem oddziaływania wszystkich czynników charakteryzujących pacjenta oraz sytuacji, w której się znajduje [4, 7]. Wyróżnia się 8 różnych kategorii strategii radzenia sobie z sytuacją stresową [4]: konfrontacja, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, ucieczka, planowe rozwiązywanie problemu oraz pozytywne przewartościowanie problemu [8].

Każdy człowiek ma skłonność do reagowania na stres według charakterystycznego dla siebie, powtarzalnego wzorca, który określany jest mianem stylu radzenia sobie ze stresem. Osobnicza skłonność do określonych zachowań nie oznacza bynajmniej, że zastosowane w konkretnej sytuacji sposoby zaradcze są uwarunkowane tylko i wyłącznie tą cechą [8]. Styl radzenia sobie ze stresem jest jednym z wielu czynników determinujących zachowanie w konkretnych okolicznościach [4, 9, 10].

W piśmiennictwie [3, 4] wyróżnia się 3 style radzenia sobie w sytuacjach stresowych: styl skoncentrowany na zadaniu, styl skoncentrowany na emocjach oraz styl skoncentrowany na unikaniu. Osoby cechujące się SSZ zwykle podejmują planowe działania mające na celu rozwiązanie lub korzystną modyfikację sytuacji stresowej. Chorzy prezentujący SSE zazwyczaj dążą do zmniejszenia napięcia emocjonalnego towarzyszącego stresowi poprzez skupianie się na własnych przeżyciach. Może się to odbywać zarówno z ekspresją, jak i tłumieniem emocji, z przeżywaniem emocji negatywnych oraz z myśleniem życzeniowym i fantazjowaniem. Osoby, dla których charakterystyczny jest SSU, mają tendencję do unikania myślenia o chorobie, co owocuje brakiem jakichkolwiek działań związanych z sytuacją, w jakiej się znajdują. Natomiast dla odwrócenia uwagi od problemu bardzo chętnie angażują się w różnego rodzaju aktywności zastępcze lub poszukują kontaktów towarzyskich [4, 8].

Ten sam styl w połączeniu z odmiennymi strategiami może manifestować się różnorodnymi postawami wobec problemu. Ponadto, w miarę upływu czasu i postępu leczenia, w ślad za zmianami sytuacji zdrowotnej konfiguracji stylów i strategii radzenia sobie ulegają dynamicznym modyfikacjom [7, 8].

Lęk towarzyszy pacjentowi z zawałem serca oraz jego rodzinie od momentu wystąpienia objawów, wpisując się w obraz kliniczny tego zespołu chorobowego [11]. W takiej sytuacji można oczekiwać, że style i strategie radzenia sobie w sytuacjach stresowych prezentowane przez chorych będą miały znaczący wpływ na postawy pacjentów, a zatem także na efektywność dalszego leczenia. Dlatego właśnie określenie stylów radzenia sobie ze stresem u osób z zawałem serca może się okazać ważną informacją dla personelu medycznego.

Podjęta przez autorów niniejszej pracy próba określania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem pozwala uświadomić sobie obecność tej ważnej, a zazwyczaj nieuwzględnianej zmiennej, która w istotny sposób może modyfikować efektywność procesu leczenia i dalszych działań profilaktycznych. Niezwykle ważną, praktyczną konsekwencją postawy pacjenta wobec choroby, będącą wykładnikiem relacji stylów i strategii radzenia sobie ze stresem, jest jego zaangażowanie we wdrażaną od samego początku hospitalizacji prewencję wtórną. Warunkiem jej skuteczności jest współpraca z chorym oparta na zrozumieniu celowości podejmowanych działań [8]. O ile można spodziewać się dobrej współpracy z pacjentem, u którego dominuje SSZ (w grupie młodszej 29,17%, w grupie starszej 10,42% chorych), to w grupie osób z dominacją SSU (w grupie młodszej 22,92%, w grupie starszej 16,67% chorych) współpraca może być dużo gorsza, a do osiągnięcia celów terapeutycznych najprawdopodobniej konieczne będzie znacznie większe zaangażowanie personelu medycznego i rodziny. Przyjmując bowiem poznawczy, interakcyjny paradygmat radzenia sobie ze stresem, należy pamiętać, że stosowane przez chorego strategie oraz, w znacznie mniejszym stopniu, style radzenia sobie ze stresem wynikającym z ciężkiej choroby potencjalnie mogą ulegać korzystnym zmianom pod wpływem przemyślanych, indywidualnie dostosowanych działań psychoedukacyjnych [8]. Warto zwrócić uwagę, że w badanej przez autorów populacji SSE występował znacznie rzadziej, a SSU wśród młodszych pacjentów stwierdzano istotnie częściej niż w grupie wzorcowej. Nie można zatem bez zastrzeżeń przyjmować, że stwierdzona przez autorów struktura częstości występowania dominacji różnych stylów radzenia sobie ze stresem

odzwierciedla przeciętną strukturę wśród osób z zawałem serca w Polsce.

Podjęte przez autorów zagadnienie należy do nielicznych tego typu analiz. Badania mające na celu ustalenie relacji między strategiami a stylami radzenia sobie ze stresem u chorych po przebytym zawałe serca będących w okresie rehabilitacji poszpitalnej przeprowadziła już wcześniej Jakubowska-Winecka [4]. Praktyczna przydatność badań tego typu może być bardzo duża, jednak celowość ich szerszego stosowania należy poddać weryfikacji.

Wnioski

U większości chorych nie stwierdzono jednego dominującego stylu radzenia sobie ze stresem. Rokująca dobrą współpracę z pacjentem, dominacja SSZ występuje u około 30% młodszych osób i u około 10% starszych. Dominacja SSU, związana z ryzykiem gorszej współpracy z pacjentem, występuje u ponad 20% młodszych osób i u ponad 15% starszych.

Przydatność badań stylów radzenia sobie ze stresem u osób chorych należy zweryfikować.

Piśmiennictwo

1. Kawachi I., Sparrow D., Vokonas P.S., Weiss S.T. Symptoms of anxiety and risk of coronary heart disease. The normative aging study. *Circulation* 1994; 90: 2225–2229.
2. Kubica A., Bogdan M., Budnik-Szymoniuk M. Zaburzenia lękowe u chorych po zawałe serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2004; 4: 103–106.
3. Szczepaniak P., Strelau J., Wrześniewski K. Diagnoza stylów radzenia sobie ze stresem za pomocą polskiej wersji kwestionariusza CISS Endlera i Markera. *Przegląd Psychologiczny* 1996; 39: 187–210.
4. Jakubowska-Winecka A. Style a strategie radzenia sobie ze stresem po zawałe serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 83–106.
5. Wrześniewski K. Style a strategie radzenia sobie ze stresem. Problemy pomiaru. W: Heszen-Niejodek I., Ratajczak Z. red. *Człowiek w sytuacji stresu. Problemy teoretyczne i metodologiczne*. Wydawnictwo Uniwersytetu Śląskiego, Katowice 1996: 44–64.
6. Włodarczyk D. Cognitive appraisal of stress and coping effectiveness following myocardial infarction. *Polish Psychological Bulletin* 2001; 32: 115–122.
7. Wrześniewski K. Interakcyjny model radzenia sobie ze stresem po zawałe serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 69–81.
8. Kubica A., Bogdan M., Grzešek G., Krakowska A., Sukiennik A. Radzenie sobie ze stresem we wczesnym okresie po zawałe serca. *Psychiatria w Praktyce Ogólnolekarskiej* 2005; 2: 95–98.
9. Włodarczyk D. Ocena stresu a wybrane obszary psychologicznego funkcjonowania chorych po zawałe serca. W: Wrześniewski K., Włodarczyk D. red. *Choroba niedokrwienna serca. Psychologiczne aspekty leczenia i zapobiegania*. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2004: 107–128.
10. Lazarus R.S., Folkman S. Transactional theory and research on emotions and coping. *Eur. J. Personal.* 1987; 1: 141–169.
11. Tel H., Tel H. The effect of individualized education on the transfer anxiety of patients with myocardial infarction and their families. *Heart Lung*. 2006; 35: 101–107.